



Perspectives chinoises

2016/4 | 2016

Systeme de santé et accès aux soins en Chine

Éditorial

Carine Milcent



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/perspectiveschinoises/7492>

ISSN : 1996-4609

Éditeur

Centre d'étude français sur la Chine contemporaine

Édition imprimée

Date de publication : 15 décembre 2016

Pagination : 3-5

ISBN : 979-10-91019-21-7

ISSN : 1021-9013

Référence électronique

Carine Milcent, « Éditorial », *Perspectives chinoises* [En ligne], 2016/4 | 2016, mis en ligne le 15 décembre 2016, consulté le 26 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/perspectiveschinoises/7492>

Éditorial

CARINE MILCENT

L'accès aux soins est à la confluence de nombreux défis rencontrés par la Chine aujourd'hui. Conscient des enjeux, le gouvernement s'est engagé depuis les années 2000 dans des séries de réformes au sein desquelles deux philosophies coexistent : un marché fortement régulé et une mise en concurrence des soins grâce au développement du marché privé. L'année 2009⁽¹⁾ a ainsi marqué un tournant. Devant la nécessité d'établir un accès de base pour tous, le Conseil des affaires d'État a annoncé la mise en place d'une couverture santé universelle et globale à l'horizon 2020. Cet objectif a été poursuivi au cours du 12^e plan quinquennal (2012-2016) avant que le 13^e plan quinquennal (2016-2020) ne donne de nouvelles orientations.

Si l'accès aux soins en Chine se pose aujourd'hui en des termes totalement différents d'il y a trente ans, c'est surtout en raison du vieillissement rapide de la population, résultat de la politique de l'enfant unique, qui a engendré un faible taux de natalité, et d'une augmentation de l'espérance de vie, permise par l'organisation du système de santé mis en place sous la période maoïste puis par la croissance économique de ces trois dernières décennies. Dans ce nouveau contexte démographique, le système d'accès aux soins doit être réorganisé afin de prendre en charge des patients en soins de long terme ou en situation de dépendance. La création de structures d'accueil est en discussion et des expérimentations pilotes ont été mises en place. Bien que le troisième plenum du 18^e congrès du Parti de novembre 2013 ait décidé d'assouplir progressivement la politique de l'enfant unique, avec la possibilité d'un second enfant dans un nombre défini de cas⁽²⁾, l'inertie démographique rend le choc du vieillissement inéluctable.

Parallèlement à ces évolutions, la demande de soins s'est également métamorphosée du fait de la diminution drastique de la pauvreté. Pour autant, la répartition des fruits de la croissance est loin d'être homogène. Les dépenses réalisées par l'État central ainsi que les provinces sont bien plus importantes dans les zones riches et urbaines que les zones rurales et pauvres⁽³⁾. Ainsi, le système de santé chinois est désormais face à une population très segmentée en termes de revenus et d'attentes.

Au-delà des chocs externes liés à la transition démographique, économique et sociale, le système de santé chinois doit faire face à des difficultés spécifiques du fait de la place particulière qu'y occupe l'hôpital public. La qualité de soins aujourd'hui attendue par une part grandissante de la population n'est en effet accessible que dans des hôpitaux publics, principalement ceux de haut niveau de soins (*sanji* 三级) qui sont de ce fait au cœur du système de santé chinois. Contrairement à ce qui est pratiqué en Occident où pour les problèmes considérés comme mineurs le patient consulte un médecin généraliste dans un cabinet de santé, en Chine, les hôpitaux publics, en particulier ceux qualifiés d'« excellence » (*sanji tedeng* 三级特等), accueillent massivement tant les consultations externes que les admissions hospitalières, avec pour conséquence un engorgement fort.

Cette situation est la résultante d'une évolution de l'offre de soins en trois phases.

Des années 50 jusqu'aux réformes économiques, l'espace sanitaire était structuré par une offre de proximité et des établissements hospitaliers de premier niveau (niveau 1). Dans les zones rurales, la médecine était prati-

quée par des travailleurs agricoles ayant bénéficié d'une rapide formation médicale (appelés les médecins aux pieds nus). En fonction de l'état de gravité du patient, celui-ci était alors redirigé vers des structures plus équipées et ayant un personnel plus qualifié. Ces hôpitaux étaient d'autant plus importants en taille (nombre de lits) et en personnels médicaux que la densité de population était importante : il s'agit des établissements de niveau intermédiaire (dits de niveau 2) puis, au sommet de la pyramide, de haut niveau de soins (dits de niveau 3). La population n'avait administrativement d'autre choix que de respecter ce parcours de soin en entonnoir.

A partir des années quatre-vingt, l'espace sanitaire a été désorganisé sous l'effet de plusieurs facteurs amenant à la disparition puis à la redéfinition de cette offre de proximité. Le coût des soins, jusqu'alors quasiment gratuits, a augmenté de manière vertigineuse. La raison en est le désengagement financier de l'État et la possibilité pour les centres hospitaliers de générer des profits et d'en disposer à leur convenance. Parallèlement, le niveau de qualité s'est également amélioré. Le résultat a été une fragmentation de la population dans son accès aux soins en fonction de ses revenus, de sa zone géographique d'habitation et de son permis de résidence (*hukou* 户口) : rural ou urbain.

La troisième phase de l'évolution de l'espace sanitaire correspond à une plus grande ouverture, à la fois géographique (population plus mobile, amélioration des transports) et administrative. En parallèle, les hôpitaux ont acquis des équipements performants, améliorant grandement le niveau de qualité de l'offre de soins, cependant avec des inégalités fortes suivant la taille des établissements de santé et les zones géographiques. L'effet de ces évolutions réside dans une plus forte incitation à fréquenter des hôpitaux offrant un haut niveau de qualité des soins, ce qui entraîne une concentration massive sur quelques zones et un délaissement de l'offre de soins ailleurs. L'espace public sanitaire ne se définit alors plus uniquement par l'accessibilité financière des populations mais également par les niveaux de qualité offerts par les structures sanitaires. On voit coexister aujourd'hui dans certaines localités des espaces publics sanitaires désertés avec des espaces publics sanitaires pris d'assaut par des milliers de patients prêts à attendre des heures voire des jours pour une consultation médicale.

Le gouvernement central a pour objectif de reprendre le contrôle sur la trajectoire des patients en multipliant l'offre de soins de consultations médicales en particulier de haut niveau de qualité et en mettant en place un médecin de famille ou médecin référent. Du fait de ces objectifs, le secteur sanitaire est en plein essor. D'une part, le nombre d'établissements médicaux et de santé ne cesse d'augmenter, cette croissance s'observant autant en ville que dans les campagnes, dans le secteur public comme dans le sec-

1. Pour certains observateurs, le tournant des réformes vers une société plus sociale est marqué par le discours de Hu Jintao, le Secrétaire général du Parti en 2006 lorsqu'il introduisit la notion de « société harmonieuse ». Joe C.B. Leung et Yuebin Xu, *China's social welfare*, Cambridge, UK, Malden, MA, Polity Press, 2015.
2. Deng Shouqiang, « "Dandu er tai" fang kai: Pinglun cheng houxiu gonggong fuwu ying gen shang » (Réformer la politique de l'enfant unique : selon les commentaires, les services publics doivent suivre), *Zhongwenwang Xinwen zhongxin*, 18 novembre 2013, http://news.china.com.cn/2013-11/18/content_30628501.htm (consulté le 18 novembre 2016).
3. Li Shi, Hiroshi Sato et Terry Sicular (éds.), *Rising Inequality in China: Challenges to a Harmonious Society*, Cambridge, Cambridge University Press, 2015.

teur privé, avec toutefois de fortes hétérogénéités⁽⁴⁾. D'autre part, ce secteur emploie un nombre croissant de personnes⁽⁵⁾.

Différents instruments ont également été testés à travers des mécanismes d'assurance publique de santé, la mise en place d'un marché des soins via des incitations à la création d'établissements privés ou la transformation d'établissements publics en établissements privés, voire encore la création de centres de santé communautaires pour les consultations médicales devant jouer le rôle de « porte d'entrée » à tout parcours de soins. Toutefois, ces mesures aboutissent pour le moment à des résultats mitigés.

En particulier, ces tentatives de réforme se heurtent à la non-mobilité professionnelle du personnel médical. Pour des raisons de maintien de leur statut (équivalent à celui de fonctionnaires d'État avec un certain nombre d'avantages supplémentaires dont une protection sociale large par rapport au reste de la population et l'accès à faible coût pour leurs enfants à des écoles de qualité), le personnel médical correspondant au nouveau standard de la demande (« formé, qualifié et performant ») est uniquement présent dans les grands établissements publics. Ainsi si l'offre se diversifie, la demande reste concentrée dans ces établissements publics de haut niveau de qualité, ne résolvant pas l'engorgement de ces structures.

Face à ces difficultés, les outils numériques apparaissent finalement comme un moyen de limiter les problèmes d'engorgements, à défaut de les résoudre. Ces solutions, regroupées sous le terme de « e-santé » connaissent une croissance exponentielle, en particulier ces toutes dernières années.

Les contributions de ce numéro spécial mettent en lumière l'évolution du système de santé chinois et les questions de l'accès aux soins pour la population. Le système de santé est en constante évolution pour s'adapter à cette nouvelle réalité, tiraillé dans sa mue entre l'ouverture au marché et un pilotage administratif fort. Les deux premiers articles analysent plusieurs facettes de la figure centrale du système de soins, à savoir le médecin. La concentration de la demande repose sur la qualité des soins fournis par cet acteur de soins. Dans sa contribution, Jiong Tu analyse le rôle joué par les médecins aux pieds nus dans le système de soins en zone rurale. Elle présente leur rôle incontestable dans l'amélioration de la santé de la population chinoise durant la période d'économie planifiée et documente leur difficile place comme offreur de soins dans une société exigeant un niveau de qualité ne correspondant plus à leur qualification. Ce travail permet également de comprendre la position ambiguë des autorités chinoises. Longtemps considérés comme la pierre angulaire du système de santé et de l'amélioration de santé de la population, ils sont devenus une main d'œuvre médicale sous-qualifiée. Selon les critères actuels de la demande, ils ne peuvent plus être reconnus comme médecins à part entière. Toutefois, le manque d'offre explique qu'ils continuent à fournir un socle de soins de base indispensable dans certaines zones du territoire chinois. Ainsi, considérés administrativement comme des paysans et donc sans protection sociale spécifique ni retraite, ils persistent à exercer tels des professionnels de santé sur le terrain.

À partir d'une étude de terrain, Longwen Fu et Cheri Shun-ching Chan s'intéressent, à l'autre bout de la chaîne de formation et qualification, aux médecins dans la Chine urbaine. Cet article analyse l'influence des relations sociales entre le patient et le médecin sur la prise en charge des patients. Ici, le cadre d'analyse est un hôpital de niveau de qualité performant situé en zone urbaine. Les médecins travaillant dans ces structures de santé sont des médecins dont la formation ou la qualification est alors comparable à ce qui est nommé « médecin » en Occident. Le niveau de qualité des soins fourni répond aux exigences actuelles de la demande. Il s'agit alors de mé-

decins faisant face à une trop forte demande entraînant un engorgement des structures hospitalières et une surcharge de travail pour le praticien, devant traiter en moyenne 80 patients par jour, entraînant un temps de consultation de moins de 5 minutes par patient. Par ailleurs, ces structures hospitalières sont de nature publique tout en maximisant leur profit. Une littérature abondante a fait apparaître des sur-prescriptions et des sur-diagnoses⁽⁶⁾. Cette contribution montre l'importance des *guanxi*, le réseau de relations sociales, sur les pratiques des médecins pouvant dominer, dans certain cas, le code professionnel des médecins.

À travers une synthèse de travaux empiriques de données hospitalières réalisés sur la période 2000-2012 ainsi que d'entretiens au sein d'hôpitaux et auprès des autorités sanitaires, Martine Audibert, Xiaoxian Huang, Xiezh Huangfu, Jacky Mathonnat, Aurore Pelissier et Laurène Petitfour étudient l'effet d'une série de réformes ayant pour objectif l'amélioration de la qualité offerte par des hôpitaux de petite taille et de niveau d'équipements basiques (niveau 1) de la préfecture de Weifang dans la province du Shandong. Le personnel médical de ce type d'hôpital a un niveau de formation limité comparativement aux établissements hospitaliers d'excellence où il ne serait pas autorisé à pratiquer. Deux grandes réformes du système de santé y sont étudiées. D'une part, l'effet de la mise en place d'une assurance publique de santé à partir de 2003 en zone rurale. Il apparaît sans ambiguïté une augmentation de l'activité de ces établissements, suggérant une augmentation de la demande. Toutefois, avec l'accroissement parallèle des effectifs, une plus grande efficacité de ces structures hospitalières n'apparaît pas. Un autre grand pan de la réforme du système de santé traité dans cet article est le contrôle du prix des médicaments en établissant une liste de médicaments dit « essentiels » pour lesquels le prix est administré. Cette contribution met en évidence les stratégies mises en place par les établissements pour se soustraire à cette contrainte, en se spécialisant dans des activités médicales non touchées par la prise de contrôle du niveau des prix par l'État.

En se référant à des documents administratifs, des articles de presse et des entretiens menés au sein de structures hospitalières et d'autorités sanitaires, la contribution de Carine Milcent livre un panorama plus large du système de santé chinois, son accès, ses réformes et ses évolutions actuelles. Elle éclaire et analyse les mutations du système de santé chinois depuis la période maoïste jusqu'à nos jours. Y sont détaillés les tiraillements entre composantes pro-marché et pro-état providence des réformes mais également l'utilisation grandissante du numérique : applications pour téléphones portables (que ce soit des conseils médicaux en ligne ou des modes de paiement pour les structures hospitalières), *big data* contenant des informations médicales des patients accompagnées de variables socio-économiques et leur stockage virtuel sur des serveurs distants, des *clouds*. Un certain nombre de services offerts par l'e-santé y sont évoqués tels la construction de bases de données sur l'historique des soins fournis aux patients, la télémédecine,

4. En 2015, 982 443 institutions de ce type étaient comptabilisées. Ce chiffre inclut 25 865 hôpitaux, 36 899 centres de santé cantonaux, 34 264 centres de santé au niveau des villages ou des regroupements de villages, 646 044 dispensaires au niveau des villages ou des regroupements de villages, 3 491 centres de prévention des maladies épidémiques, centres de surveillance sanitaire. Source : National Bureau of Statistics of China, « Statistical Communiqué of the People's Republic of China on the 2014 National Economic and Social Development », 26 février 2015, www.stats.gov.cn/english/PressRelease/201502/t20150228_687439.html# (consulté le 25 novembre 2016).
5. En 2015, il existait 5,9 millions de lits dont plus de 5,5 millions pour la prise en charge des personnes âgées. Au total, 2,8 millions de personnes âgées sont pensionnaires d'un établissement. Source : National Bureau of Statistics of China, « Statistical Communiqué of the People's Republic of China on the 2014 National Economic and Social Development », *op. cit.*
6. Karen Eggleston, Li Ling, Meng Qingyue, Magnus Lindelow et Adam Wagstaff, « Health Service Delivery in China: A Literature Review », *Health Economics*, vol. 17, n° 2, 2008, p. 149-165.

la téléconsultation, la vente en ligne de médicaments, la gestion des files d'attente et des modes de paiements *via* des applications pour téléphones portables. Par ailleurs, la place de WeChat, tant pour la prise de rendez-vous, la gestion de son dossier médical, que la possibilité de forums ou groupes de discussion semi-privés permettant des espaces de discussions critiques plus discrets, ou au moins apparaissant comme tels, contribue à transformer la demande de santé et de ce fait le système de santé dans son ensemble.

En miroir des contributions précédentes, l'article de Veronika Schoeb offre une perspective alternative au système de santé mis actuellement en place en Chine continentale en s'intéressant à la situation de Hong Kong. Dans cette région administrative spéciale, la question de l'accès aux soins ne se pose pas dans les mêmes termes. Le système de santé ne présente que de très faibles similitudes avec la Chine continentale. Les implications, diverses, portent notamment sur la dimension spatiale de l'accès aux soins. Le développement d'un système public de protection sociale s'est largement orienté vers la santé et l'accès aux soins. Toutefois, en parallèle, un système de soins privé offrant un haut niveau de qualité à un coût élevé s'y est développé. Pour en assurer la solvabilité, un système d'assurance privée y couvrant les dépenses s'est mis en place notamment par l'intermédiaire des entreprises souscrivant à des « packages » d'assurance pour leurs employés. Hong Kong est désormais partagé entre un système de santé publique quasiment gratuit mais impliquant un fort contrôle des dépenses et un système

de santé privé très onéreux impliquant d'une part, la souscription à une assurance privée de santé ; d'autre part, un comportement de demande induite par les praticiens, ces derniers incitant les patients à consommer plus de soins que ce que nécessite leur état de santé afin d'en tirer le maximum de profit. L'objectif est de coller au niveau maximal de remboursement permis par les compagnies commerciales d'assurance santé et ainsi de maximiser leur profit. Hong Kong aurait pu servir de modèle de système de santé à l'heure où celui de Chine continentale est en pleine construction, mais les orientations actuelles laissent penser que ce ne sera pas le cas.

Ce numéro spécial présente ainsi différents aspects du système de santé chinois et de son accès aux soins. Si certains facteurs sont moins abordés que d'autres, notamment ceux relatifs au vieillissement de la population, ce dossier offre un large panorama de l'accès aux soins en Chine contemporaine. Il permet de rendre compte de l'inefficacité du système actuel, du partage entre des réformes pro-État providence et des réformes favorables au marché et de la révolution opérée par l'« e-santé ». L'impact du numérique sur l'accès aux soins ne touche d'ailleurs pas exclusivement la Chine mais également les pays développés dans leur ensemble, nous obligeant à redéfinir le « bien santé », sa composante nécessitant un accès universel pour la stabilité sociale, et sa composante reposant davantage sur des critères de biens privés et de fixation du prix par le marché, façonnant ainsi un nouveau système de santé.